Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Rostock
Direktor: Prof. Dr. Haselhorst

Beiträge zur Entstehung von paraanalen Fisteln

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der Landesuniversität in Rostock

vorgelegt von

Wolfgang Schattmann

aus Potsdam

Druck von Eduard Stichnote in Potsdam

1935.

Referent: Prof. Dr. Haselhorst
Tag der Promotion: 20. 12. 35

R UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Ganz allgemein wird bei der Mastdarmfistel der Entstehung nach zwischen

1. angeborenen und
2. erworbenen Fisteln

unterschieden.

Die ersteren sind, da sie nur selten vorkommen, ziemlich unwesentlich. Sie haben ihren Sitz stets in der Medianlinie am Damm, in der Raphe scrotalis, am Vestibulum vaginae oder an der Unterfläche der Harnröhre; oft finden sie sich bei Atresia ani, seltener als Hemmungsmißbildung.

Die erworbenen Fisteln können infolge traumatischer Vorgänge entstehen oder auch symptomatisch, wenn krankhafte Prozesse der Rektalwand spezifischer oder unspezifischer Art nach außen durchbrechen oder aber auch, wenn krankhafte Prozesse benachbarter Organe, besonders des männlichen und weiblichen Urogenitalapparates entweder ins Rectum oder in die Umgebung des Afters durchbrechen. Der Anatomie nach unterscheidet man dann komplette und inkomplette innere bzw. äußere Fisteln.

Die Ursache, die nun zur Bildung einer solchen Mastdarmfistel führen kann, ist in erster Linie die Tuberkulose. Weiterhin kommen in Frage Diabetes, chronische Obstipation, Hämorrhoidalknoten, Typhus abdominalis, traumatische oder Fremdkörper-Periproktitis. Alle diese letztgenannten Entstehungsmöglichkeiten spielen aber im Verhältnis zur Tuberkulose eine sehr untergeordnete Rolle, denn die Häufigkeit der tuberkulösen Mastdarmfisteln im Verhältnis zur Gesamtzahl aller Mastdarmfisteln beträgt in manchen Kliniken 60

bis 70%, oft allerdings auch nur 0,6—10%, und zwar erkranken Männer im 3.—5. Jahrzehnt ihres Lebens häufiger als Frauen.

Unter 61 Fällen von Analfisteln stellte Geffrath fest, daß dreimal Diabetes mellitus ursächlich in Frage kam. Jedoch ist, wie allgemein feststeht, die Mastdarmfistel durchaus keine typische Komplikation des Diabetes, sondern dieser scheint durch Prädisposition zur Tuberkulose indirekt auf diesem Wege Beziehungen zur Mastdarmfistel zu haben. Auch die chronische Stuhlverstopfung spielt eine sehr untergeordnete Rolle bei der Entstehung der Analfistel, was schon durch die Feststellung bewiesen wird, daß Frauen, die doch viel häufiger an Obstipation leiden als Männer, relativ weniger zur Fistelbildung neigen.

Quénu und Hartmann führen Fälle an, bei denen sich im Anschluß an vereiterte Hämorrhoidalknoten eine Mastdarmfistel ausbildete.

Nicht selten entwickeln sich auch Analfisteln nach hinterer Scheidenplastik, wenn die Nadel mit durch die Rektalschleimhaut geführt wird.

Auch Fremdkörper, besonders spitzer Natur, die erst kurz oberhalb des Anus aufgehalten werden, führen öfters zur Entstehung einer Mastdarmfistel; es kommt hier infolge von Stauung zu einer Läsion der Darmwand, Infektion, Bildung eines periproktitischen Abszesses und schließlicher Fistelbildung. Pogge und Meisel beschreiben je einen Fall, wo es durch Anhäufung von Kot in den Morgagnischen Sinus des Rektums zur Bildung eines periproktitischen Abszesses und einer Rektalfistel kam.

Endlich sind noch einige Fälle zu erwähnen, bei denen auf dem Lymph- oder Blutweg ein periproktitischer Abszeß entstand, der eine Analfistel nach sich zog. Des öfteren findet man auch die Angabe der Patienten, sie seien auf das Gesäß gefallen, in der Anamnese vor; nach Melchior ist jedoch eine derartige Entstehungsweise abzulehnen. Inwieweit jedoch eine solche traumatische Ursache auslösend oder fördernd bei der Entstehung einer Fistel mitwirken kann, ist nicht bekannt.

Was nun die Tuberkulose als Ursache der Analfistel anbetrifft, so ist ein sehr beträchtlicher Prozentsatz aller Fälle auf dieselbe zurückzuführen.

In Deutschland hat als erster Schede 1875, dann Volkmann (s. Melchior) auf die Übereinstimmung von solchen Fisteln mit tuberkulösen Geschwüren hingewiesen. Melchior gibt an, daß bei ihm von 132 Fällen mit Analfisteln 46 ad exitum kamen. Davon waren 35, d. h. 76%, tuberkulös. Von den überlebenden Patienten war bei 61% Tuberkulose nachweisbar. Bodenhauer fand, daß von 960 Fistelkranken 73, d. h. 7,5%, Tuberkulose aufwiesen. Hartmann führt ebenso wie de Quervain, Rotter und Göz 50% seiner Fälle auf Tuberkulose zurück. Auch König hält tuberkulöse Fisteln für äußerst häufig.

Nach einer Zusammenstellung von Groß beträgt die Häufigkeit der tuberkulösen Mastdarmfisteln im Verhältnis zur Gesamtzahl der Fisteln zwischen 10—70%; die Häufigkeit von Lungentuberkulose bei Fistelkranken beträgt 7,5—61%, hingegen die Häufigkeit von Mastdarmfisteln bei Phthisikern 0,12—27,7%. Die histologisch-bakteriologische Untersuchung ergab, daß von 512 Fisteln 58 tuberkulös, von 107 Abszessen 12 tuberkulös waren.

Was nun die Pathogenese der tuberkulösen Analfistel anbetrifft, so sagen die meisten Forscher mit Lexer, daß die Fistel meistens infolge Durchbruchs eines periproktitischen Abszesses nach der Haut oder Schleimhaut entsteht. Nach Volkmann ist die Analfistel oft die erste Äußerung der Tuberkulose bei einem sonst noch nicht erkennbar tuberkulös kranken Individuum, während Allingham (s. Melchior) die Häufigkeit von Fisteln bei Tuberkulose in einer besonderen Disposition zu ihrer Entwicklung infolge geringerer Widerstandsfähigkeit des Körpers sieht.

Nach Ansicht Melchior's beträgt die Zahl der auf tuberkulöser Basis entstandenen Mastdarmfisteln im Verhältnis zu anders entstandenen Rektalfisteln wenigstens 61%, da:

1. die Tuberkulose bei Nichtsezierten nicht festgestellt worden ist;

2. die Nachuntersuchung zu kurze Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhause erfolgt ist;
3. die Mastdarmfistel lokal als Tuberkulose ausheilen kann;
4. histologisch nicht sämtliches Fistelmaterial untersucht worden ist und oft klinisch dann kein Anhaltspunkt für Tuberkulose vorhanden war. —

In neuerer Zeit melden sich aber doch Stimmen, die diese Zahl für zu hoch halten und eine strengere histologische Untersuchung fordern. Nach Melchiors Ansicht kann schon allein ein Granulationspfropf in der Fistelmündung den Verdacht auf Tuberkulose erwecken; selbst ein negativer mikroskopischer Befund spricht seiner Ansicht nach nicht gegen eine Tuberkulose, kommt es doch selbst bei einwandfrei tuberkulösen Personen vor, daß der Bazillennachweis mißlingt. Unter diesen Umständen jedoch darf der Nachweis von Langhans'schen Riesenzellen ohne die charakteristische Knötchenanhäufung genügen, um die Vermutung einer spezifischen Infektion nahe zu legen und sie in dubio als tuberkulös anzusehen. Melchior, Gabriel, Elting, Toß, Mechling und Groß haben Fälle beschrieben, bei denen erst durch die histologische Untersuchung eine Tuberkulose aufgedeckt wurde, ohne daß klinisch irgendein Anhaltspunkt dafür vorhanden war.

Die Ergebnisse der histologischen Untersuchung sind verschieden zu werten:

1. war sie positiv bei klinischer Tuberkulose;
2. war sie positiv, auch wenn klinisch kein Verdacht auf Tuberkulose bestand; hier kann eine Täuschung durch Verwechselung mit tuberkuloseähnlichen Herden, die durch Fremdkörper bedingt sind, vorliegen, da an diesen Stellen besondere tuberkelähnliche Reaktionsfähigkeit der Gewebe besteht;
3. war sie negativ bei Tuberkulose eines Organes; in diesem Falle war entweder die Fistel unspezifisch, oder eine bestehende Tuberkulose entging der histologischen Untersuchung;
4. war sie negativ bei positivem Ausfall des Tierversuches, wie Melchior, Knorr und Friedrich nachwiesen.

Was den Infektionsweg bei der Entstehung einer Rektalfistel anbetrifft, so ist wohl meist sekundäre Infektion anzunehmen; die Erreger dringen durch Epithelläsionen oder auch durch intaktes Epithel ein, durchwandern die Darmwand und breiten sich lymphogen oder hämatogen aus; von primärer Infektion kann man nur dann sprechen, wenn klinisch keine andere Tuberkulose nachweisbar ist.

Der Fall einer symptomatischen Pararektalfistel, ausgehend von krankhaften Prozessen der dem Rectum benachbarten Organe, in diesem Falle der linken Adnexe, kam 1934 in der Universitäts-Frauenklinik in Rostock zur Beobachtung und gewann dadurch noch besonderes Interesse, daß sich Diagnose und Therapie infolge ungewöhnlicher Komplikationen noch schwieriger gestalteten als sonst:

Im Januar 1934 kam eine 30 Jahre alte Frau in die Klinik, um sich wegen einer pararektalen Fistel operieren zu lassen, die sich im Anschluß an eine in derselben Klinik drei Jahre vorher vorgenommene Bauchoperation eingestellt hatte. Für eine Lungentuberkulose gab es hier keinen objektiven Anhalt, obwohl die Mutter der Frau an den Folgen einer Lungenentzündung und eine Schwester infolge eines Blutsturzes gestorben waren. Die Patientin selbst erkrankte als Kind an Gelenkrheumatismus und Typhus abdominalis. Vor zwölf Jahren war die Frau appendektomiert worden; in der Narbe hatte sich eine Hernie entwickelt, die zwei Jahre später mittels Fascientransplantation erfolgreich operiert worden war; vor sechs Jahren war Patientin das einzige Mal gravide gewesen; die Gravidität endete durch Abort. Die Menstruation war angeblich immer regelmäßig. 1927 hatte die Frau wegen Lungenentzündung und Brustfellentzündung längere Zeit gelegen.

Im Juli 1931 erschien die Patientin in der Klinik wegen Schmerzen im Unterbauch, die seit etwa zwei Jahren bestanden, und vor allen Dingen wegen Schmerzen in der Scheide, welche von der Frau darauf zurückgeführt wurden, daß sie einmal mit dem Gesäß auf einen Baumstumpf gefallen war. — Im linken paravaginalen Ge-

webe fand sich damals eine sehr druckempfindliche strangförmige Resistenz. Wegen eines großen Adnextumors wurde der Bauch geöffnet; dabei fand sich ein rechtsseitiges kindskopfgroßes intraligamentäres Cystom, das entfernt wurde. Die linken Adnexe waren allseitig stark verwachsen; das linke Ovar war cystisch. Eine genaue Darstellung der linken Adnexe gelang nicht, sie wurden auch nicht entfernt; das entfernte Cystom ist nicht genauer untersucht worden. Zehn Tage nach der Operation entstand hohes Fieber mit heftigen Schmerzen in der linken Gesäßhälfte; zwei Tage darauf ging plötzlich eitriger Stuhl ab, worauf Fieber und Schmerzen verschwanden; es war also augenscheinlich ein im Becken gelegener Eiterherd in den Darm durchgebrochen. $1^1/_2$ Monate später, als die Patientin schon entlassen worden war, öffnete sich links neben dem Anus eine Fistel; ein hinzugezogener Arzt versuchte, sie zu exstirpieren; doch blieb es bei dem Versuch. — Seit dieser Zeit bestand nun dauernd Fisteleiterung; manchmal überhäutete sich die Fistel, wobei dann Fieber, Schmerzen in der Scheide und klopfender Schmerz im linken Unterbauch auftraten; meist eröffnete sich die Frau dann die Fistel selber durch Auseinanderziehen der Haut neben der Narbe, wobei sich dann ein Fingerhut voll Eiter entleerte; Eiterabgang durch den Darm wurde nie mehr beobachtet; dünner Stuhl ging gelegentlich durch die Fistel ab, während Blähungen überhaupt nicht gehalten werden konnten, außer wenn sich die Frau fest auf die linke Gesäßhälfte setzte. Der Allgemeinzustand war sonst gut.

Schließlich wurde die Frau dieser Beschwerden aber doch überdrüssig, und sie kam, wie schon erwähnt, im Januar 1934 zur Operation. Es ergab sich folgender Befund: zwei Querfinger links neben dem Anus liegt eine Narbe, in der sich eine Fistelöffnung befindet, durch welche sich eine Sonde 10 cm weit nach oben schieben läßt, ohne daß sie jedoch in den Darm eindringt (s. Bild 1); im linken Scheidengewölbe zeigt sich eine spangenartige derbe Infiltration, davor ein paravaginales Infiltrat. Zur weiteren Klärung des Fistelverlaufes wurde eine Röntgenaufnahme angefertigt; auf Grund bisherigen Befundes wurde jetzt angenommen, daß die Fistel von einer

im Becken bestehenden Eiterung, wahrscheinlich von den linken Adnexen, ausging. Die einzige Möglichkeit, eine Heilung zu erzielen, war demnach die operative Freilegung der Eiterquelle. Bei der nun vorgenommenen Laparotomie zeigte sich der Uterus mit dem Darm verwachsen, links lag ein hühnereigroßer, stark in Verwachsungen eingehüllter Tumor, der beim Herausnehmen platzte; sein blutig-seröser Inhalt wurde bakteriologisch ohne positives Resultat untersucht. Eine Sonde, die nach Entfernung des Tumors durch die pararektale Fistel eingeführt wurde, erschien im Operationsgebiet dort, wo der Tumor gesessen hatte; es zeigte sich jetzt, daß die Fistel auch mit dem Dickdarm in direkter Verbindung stand (s. Bild 2). Diese Verbindung wurde kunstgerecht verschlossen und gedeckt, ein Drain wurde durch die Bauchdecken nach außen geleitet. Das Operationspräparat erwies sich mikroskopisch als ein entzündliches Konglomerat, aus Tube und Ovar gebildet, in welchem sich eine phthisische Erkrankung in Form von Epitheloidzellentuberkeln mit Riesenzellen fand. Die Tube ist zum Teil nahezu obliteriert durch entzündliche Narben; in anderen Abschnitten ist sie mit teilweise oder ganz verkalkten Käsemassen gefüllt; dort sind im submucösen Bindegewebe und in der Muskulatur auch Tuberkeln zu sehen. Derjenige tuberkulöse Herd, von dem die Fistel augenscheinlich ausgegangen war, saß im Ovarialgewebe als eine haselnußgroße Stelle dicht unter der Oberfläche (s. Bild 3). An dieser Stelle fanden sich übrigens auch Fremdkörperriesenzellen um ein Gebilde herum, das vielleicht einen nicht resorbierten Faden von der früheren Operation her darstellt. — Die zweite Sitzung zwecks Entfernung der Fistel fand fünf Wochen später statt: Neben der linken Scheidenwand wurde der Fistelgang bis in das Parametrium hinein präpariert, wo er in eine walnußgroße Höhle mündete, die sich durch einen weiteren Gang nach oben suprasymphysär öffnete; dorthin war ja bei der letzten Operation ein Drain gelegt worden. Dieser obere Fistelgang wurde noch einmal erweitert und der Fistelgrund mit dem scharfen Löffel gesäubert, worauf das ganze Gangsystem von der Tiefe her bis auf einen schmalen Spalt verschlossen wurde. Von

unten her wurde die pararektale Fistel in toto exstirpiert; die mikroskopische Untersuchung dieses Präparates ergab nur in den höheren Abschnitten Tuberkeln.

Es handelt sich nun in diesem Falle darum, daß es infolge einer Adnextuberkulose zur Bildung einer pararektalen Fistel gekommen war. Daß tuberkulöse Adnexherde in den Darm durchbrechen, ist zwar selten, kommt jedoch hier und da einmal vor. Auch in diesem Falle war ja ein solcher Durchbruch in den Darm erfolgt, nämlich nach der ersten Operation, die vor drei Jahren stattgefunden hatte. Vorher schon bestand eine schmerzhafte Infiltration des linken Parakolpiums, und der fistulöse Aufbruch nach außen ist durch die nachträglich entstandene Verbindung mit dem Darm höchstens beschleunigt worden.

Das Besondere in diesem Falle ist, daß ein im Abdomen, nämlich in den linken Adnexen gelegener Tuberkuloseherd durch das Peritoneum, den Beckenboden und das pararektale und paravaginale Gewebe hindurch nach außen durchbricht.

Piotrowska erwähnt Fälle von Rektalfisteln, die bei gleichzeitiger Adnexerkrankung entstanden sind, wobei jedoch ein Durchbruch von den Adnexen in das pararektale Gewebe nicht einwandfrei nachzuweisen ist:

Ein 16 jähriges Mädchen, das bereits wegen eines präperitonealen tuberkulösen Bauchdeckenabszesses operiert worden war, wird elf Monate später wegen einer Kotfistel, die vom Sigmoid ausgeht und drei Querfinger über der Symphyse mündet, wieder eingeliefert. Die Fistel war im Anschluß an eine Operation, die sechs Monate vorher stattgefunden hatte und bei der neben ausgedehnten Verwachsungen ein Cystom im linken Ligamentum latum gefunden worden war, entstanden. Im Laufe der nächsten Wochen fand ein weiterer Durchbruch der Fistel nach der Scheide hin statt. Der Lungenbefund war in diesem Falle völlig normal.

Weiterhin handelt es sich um ein 24 jähriges Mädchen, dessen Vater an einer Laryngitis und dessen Mutter an einer Lungentuber-

kulose gestorben waren. Seit etwa sechs Monaten klagte die Patientin, deren Lungen im übrigen völlig normal waren, über unbestimmte Schmerzen im linken Unterbauch. Die gynäkologische Untersuchung ergab einen linksseitigen Adnextumor; es wurde die Diagnose Oophorosalpingitis tuberculosa gestellt. Die Laparotomie enthüllte Tumormassen links und hinter dem Uterus, die von den linken Adnexen ausgingen, rechts Verwachsungen in der Tube. Am Beckenboden befand sich eine Perforationsstelle im Rectum, die im Zusammenhang mit den linken Adnexen stand; eine äußere Öffnung dieser Fistel fand sich nicht vor.

In einem anderen Falle handelt es sich um ein Mädchen von 24 Jahren, dessen Mutter an einer Lungentuberkulose gestorben war und das selbst lungenkrank war. Seit einiger Zeit klagte die Patientin über Schmerzen im linken Becken. Im Abdomen befand sich ein weicher, fluktuierender Tumor links, der vom Nabel bis zum Ligamentum inguinale reichte. Bei der folgenden Laparotomie zeigte sich ein linksseitiges Ovarialcystom, das mit dem Uterus verwachsen war. Die linken Adnexe wurden exstirpiert. Zwei Monate post operationem bildete sich eine Fistel, die vom Rectum ausgeht und in der Laparotomieöffnung endet, von einer Gesamtlänge von $8^1/_2$ cm. Eine nochmalige Laparotomie ergab, daß der Fistelgang, der infolge der starken Verwachsungen der linken Adnexgegend entstanden war, vorwiegend vom großen Netz gebildet wurde.

Ein 25 jähriges Mädchen, dessen Mutter an Pneumonie gestorben war, wurde wegen heftiger Schmerzen im Unterbauch eingeliefert; etwa vier Wochen vorher war ein Abszeß im Douglas eröffnet worden. Die gynäkologische Untersuchung ergab jetzt einen elastischen, sehr druckschmerzhaften Tumor der rechten Adnexe, der, wie eine Punktion ergab, klare Flüssigkeit enthielt. Bei der folgenden Laparotomie wurden beide Tuben entfernt, da eine doppelseitige tuberkulöse Hydrosalpinx vorlag. Drei Tage danach bildete sich eine Rektalfistel, die von den restlichen rechten Adnexen ausging. Bei nochmaliger Operation wurde links noch ein taubeneigroßer Tumor festgestellt, während rechts neben den Tubenab-

gängen im käsigen Gewebe die Fistel ausging. Uterus und restliche Adnexe wurden nun entfernt und die Kotfistel excidiert.

Späth führt ebenfalls einen Fall von Ovarialtuberkulose an, ohne daß es jedoch nach erfolgter Rektalperforation zur Öffnung der Fistel nach außen kam: Bei der Sektion des 18jährigen Mädchens ergab sich, daß der Eierstock zu einer großen Tuberkelbazillen enthaltenden Cyste verwandelt war; der Uterus enthielt ebenfalls bazillenhaltigen Eiter, und die Lunge zeigte Solitärtuberkeln.

Violet (Lyon) erwähnt den Fall einer tuberkulösen Pyosalpinx, wo sich nach Incision eine Fistel bildete.

Folgende Möglichkeiten können nun zur Entstehung einer Adnextuberkulose führen:

1. Entstehung durch Übergreifen von der Umgebung;
2. auf hämatogenem Wege;
3. auf lymphogenem Wege;
4. vom äußeren Genitale her.

Wertheimer (s. Weibel) beschreibt drei Fälle, bei denen wohl von einer Entzündung der Nachbarschaft durch Übergreifen derselben eine sekundäre Infektion des Eierstocks stattfand. Entweder infiziert sich bei derartigen Vorgängen die Tunica albuginea oder auch die Sprungstelle eines Follikels; oft ist auch das Peritoneum der Ausgangspunkt der Ovarialtuberkulose.

Die hämatogene Metastase gibt wohl die beste Erklärung ab für das isolierte Befallensein einzelner Genitalorgane bei völlig gesunder Nachbarschaft; Wertheimer z. B. führt vier Fälle an, die sicher hämatogen entstanden sind. Am Ovar bilden sich hierbei meistens Konglomerattuberkeln, die sich schließlich zu einem tuberkulösen Abszeß entwickeln und dann entweder auf Tuben und Uterus übergreifen oder auch durchbrechen.

Der lymphogene Infektionsweg ist wohl der seltenste; hierbei findet eine Infektion des Ovars auf dem Wege durch die Lymphgänge vom Mesovarium her statt.

Die Infektion vom äußeren Genitale aus wird fast durchweg abgelehnt, da für keinen Fall der Beweis des primären Eindringens des tuberkulösen Virus in die oberen Abschnitte des Genitales erbracht wurde.

Wohl in der Mehrzahl der Fälle entsteht eine Adnextuberkulose sekundär. Wertheimer stellte fest, daß bei sämtlichen von ihm untersuchten Fällen eine sekundäre Infektion vorlag; es waren immer tuberkulöse Herde außerhalb des Ovars nachweisbar, während primäre oder evtl. isolierte Ovarialtuberkulose nicht nachzuweisen war. Ghon behauptet, daß selbst bei klinisch okkultem Primärherd eine Metastase im Genitaltraktus möglich sei. Immerhin sind auch hier und da Fälle von primärer Adnextuberkulose in der Literatur zu finden: Filep erwähnt eine 30 jährige Frau mit einem Ovarialabszeß, der mit dem Dünndarm verwachsen war; die Sektion ergab Tuberkulose des Ovars, während Lunge und sämtliche anderen Organe frei waren. Madlener beschreibt den Fall eines tuberkulösen Ovarialcystoms und sagt, daß sich kleine Käseherde in Ovarien öfters finden. Alle diese Fälle stützen sich auf die Tatsache, daß sich an einer einzigen Stelle des Genitales und sonst nirgends im Körper ein tuberkulöser Herd vorfand. Da aber schon ein ganz kleiner alter Herd in der Lunge, der evtl. der Beobachtung entgeht, eine Ausschwemmung von Tuberkelbazillen bewirken kann, liegt hier eine nicht zu unterschätzende Fehlerquelle vor.

Nach Weibel beteiligt sich das Ovar an der Genitaltuberkulose mit 12%, nach Williams mit 44%, während Wolff sogar 60% annimmt. 3—33% wenigstens sämtlicher chronischen Adnextumoren beruhen auf Tuberkulose. Die Gebärmutter ist erheblich seltener tuberkulös erkrankt, während die Tuben mit 85—90% beteiligt sind; sehr oft sind Eierstock und Tube gleichzeitig erkrankt und wenn, wie im vorliegenden Falle, ausgedehnte Verwachsungen bestehen, so wird diese Miterkrankung der Tuben noch wahrscheinlicher; sie sind dann durch Bindegewebswucherung derartig geschrumpft, daß sie nur mit Mühe noch als solche erkannt werden können.

Das Verhältnis nun der Genitaltuberkulose zur Tuberkulose überhaupt beträgt ungefähr 1—3%; auch die mikroskopische Untersuchung frisch operierter Adnextumoren ergab in 3—25% Tuberkulose.

Wie bereits gesagt, sind solche Fälle, bei denen es im Anschluß an eine Adnexerkrankung zu einer Analfistel kam, wenn auch nicht sehr häufig, so doch immerhin des öfteren in der Literatur beschrieben worden. Ein Fall wie der hier behandelte jedoch, bei dem es nach Adnextuberkulose zu einem Durchbruch durch Peritoneum, Beckenboden und paraanales Gewebe kam, ist bisher noch nicht beschrieben worden.

So hoffe ich, durch die Untersuchung und Veröffentlichung dieses Spezialfalles zur Erweiterung der Kenntnisse über Entstehung und Verlauf von paraanalen Fisteln beigetragen zu haben. —

Schließlich habe ich noch die angenehme Pflicht, auch an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. Haselhorst, Direktor an der Universitäts-Frauenklinik in Rostock, und Herrn Assistenzarzt Dr. Schack daselbst, dem Hersteller der drei beigegebenen Bilder, für die wohlwollende und fördernde Anteilnahme, die sie der vorliegenden Arbeit entgegengebracht haben, aufrichtig zu danken.

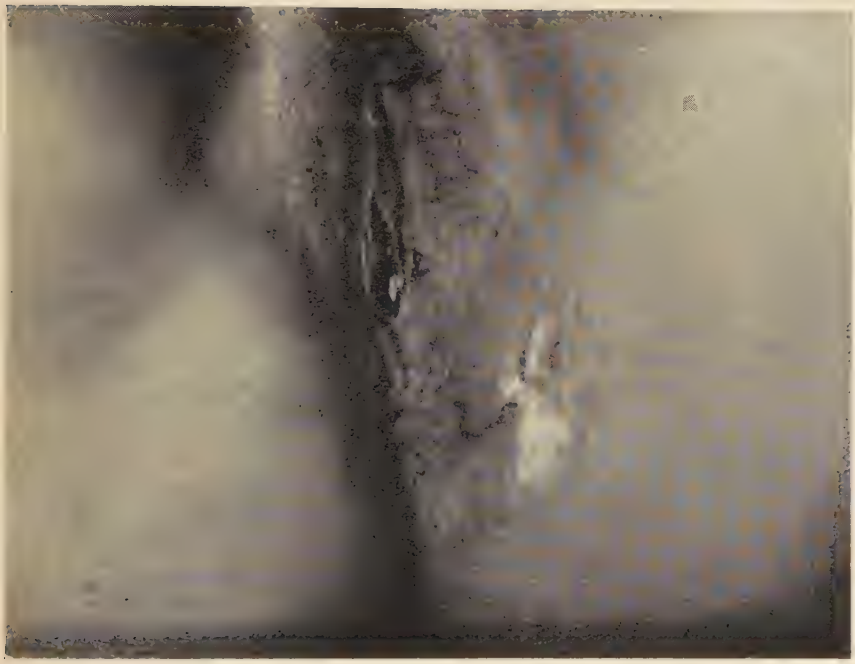

Bild 1:

Narbe zwei Querfinger links neben dem Anus mit äußerer Fistelöffnung.

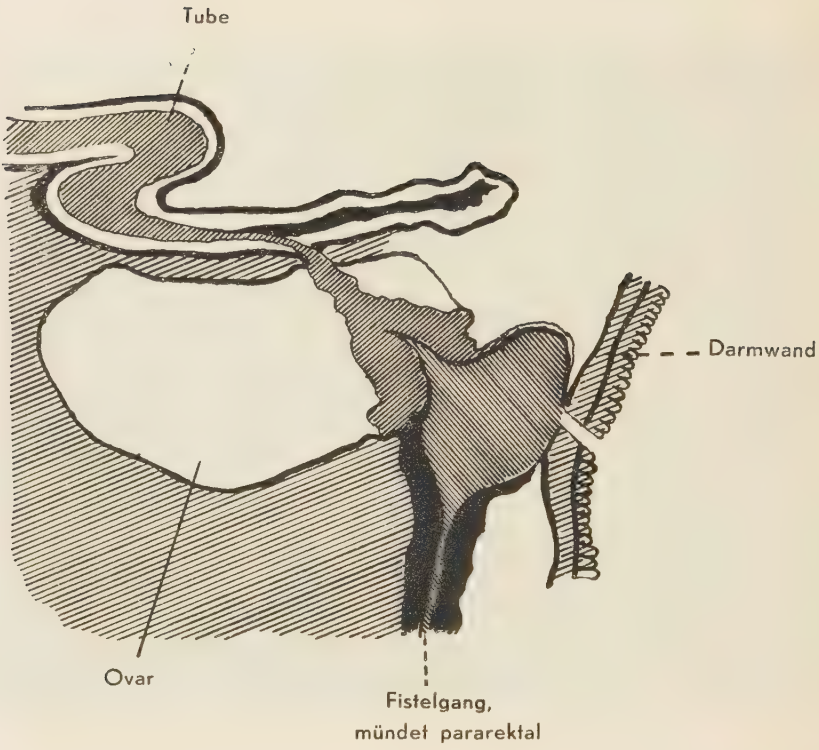

Bild 2:

Das entzündliche Gewebe, aus Ovar und Tube bestehend, steht durch die Fistel mit dem Dickdarm einerseits, mit der Körperoberfläche andererseits in Verbindung.

Bild 3:

Querschnitt des Operationspräparates: tuberkulöser Fistelherd direkt unter der Oberfläche des Eierstocks.

LITERATUR

Elting: The treatment of fistula in ano. — Ann. surg. 1913; 56,744.

Esmarch: Krankheiten des Mastdarms und Afters. — Deutsche Chirurgie, 1887, Nr. 48, Stuttgart.

Filep: Fall primärer Ovarialtuberkulose. — Bg. S. 21,499, Jahrgang 1931.

Frey: Über Analfisteln. — Münchener Medizin. Wochenschrift, Jahrgang 61, Nr. 4.

Gabriel: Results of an experim. and histol. investig. into seventy-five cases of rectal fistulae. — Proc. Roy. Soc. Med. 14,156 (1921).

Göz: Kasuistische Beiträge zur Fistula ani. — v. Bruns Beitr. Bd. 99.

Groß: Die Mastdarmfistel. — Ergebn. der Chirurgie und Orthopädie, Bd. 23 (1930).

Hartmann: Contrib. à l'étude de la tuberculose anale. — Rev. de chirurgie 14,1 (1894).

Madlener: Tuberkulöse Ovarialcystome. — Zentrbl. Gynäk. 1918.

Mechling: Tuberculoma of the ischio-rectal fossa (a case report). — Americ. journal Surg. 35,371 (1921).

Melchior: Beziehungen der Tuberkulose zur Analfistel. — v. Bruns, Beitr. Bd. 70.
Berl. Klin. Wochenschrift Nr. 26 (1917).

Piotrowska: Des fistules pyo-stercorales. — Med. Diss. Lausanne 1902.

Quénu-Hartmann: Chirurgie du rectum, Kap. 5: Fist. ano-rectales, I. S. 157.

Rotter: Chirurgie des Mastdarms und Afters. — Handb. d. prakt. Chirurgie (1913).

Roux: Über die Tuberkulose der Adnexe. — Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie Nr. 116 (1912).

Schuchardt: Über die tuberkulöse Mastdarmfistel. — v. Volkmanns Sammlung Nr. 296.

Toss: Über die Ursache der Mastdarmfistel. — Münch. Med. Wochenschrift 1920, S. 1440.

Violet: Tuberkulöse Pyosalpinx mit Fistelbildung. — Zentrbl. 1931/32, S. 1171.

Volkmann: Chirurgische Erfahrungen über Tuberkulose. — Verhandlg. Deutsch. Chirurg. Gesellschaft 14/237, 1885.

Weibel: Über weibliche Genitaltuberkulose. — Wiener Med. Wochenschrift, Jahrg. 75/11.

Zentralblatt Gynäk. S. 2498: 2 Fälle von tuberkulösem Ovarialcystom.

LEBENSLAUF

Ich, Wolfgang Schattmann, wurde als Sohn des Studienrats Konrad Schattmann und dessen Ehefrau Elsbeth, geb. Schmidt, am 5. März 1911 in Potsdam geboren. Ostern 1917 trat ich in die Vorschule des Realgymnasiums zu Potsdam ein, wurde Ostern 1920 in die Sexta dieser Schule aufgenommen und bestand am 4. März 1929 daselbst die Reifeprüfung.

Danach studierte ich in Marburg, Berlin, Rostock und Innsbruck Medizin, legte im Oktober 1931 in Rostock mein Vorexamen und im Dezember 1934 daselbst das medizinische Staatsexamen ab. Seit 1934 beschäftigte ich mich mit vorliegender Arbeit, die ich 1935 beendete.